

ANNÉE 1914

THÈSE

N^o _____

POUR

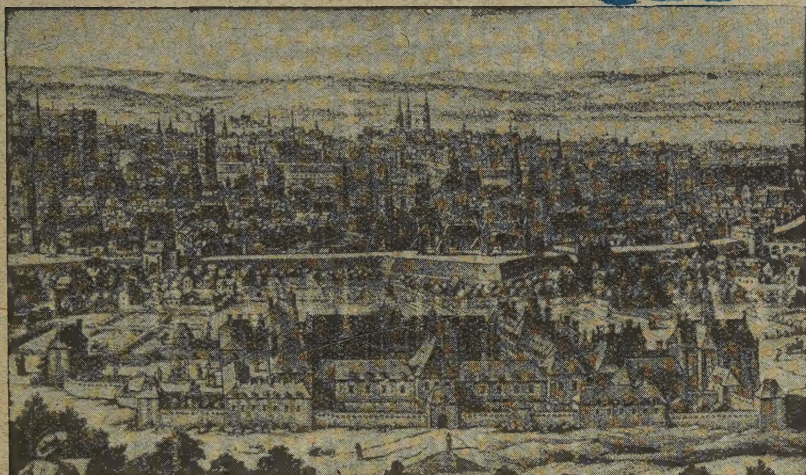
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger BEAUFILS

Né à Clamecy (Nièvre), le 11 mars 1883

416



LES GOMMES SYPHILITIQUES
du Corps Thyroïde

Président : M. E. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

5.1.1

416

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1914

THÈSE

N^o _____

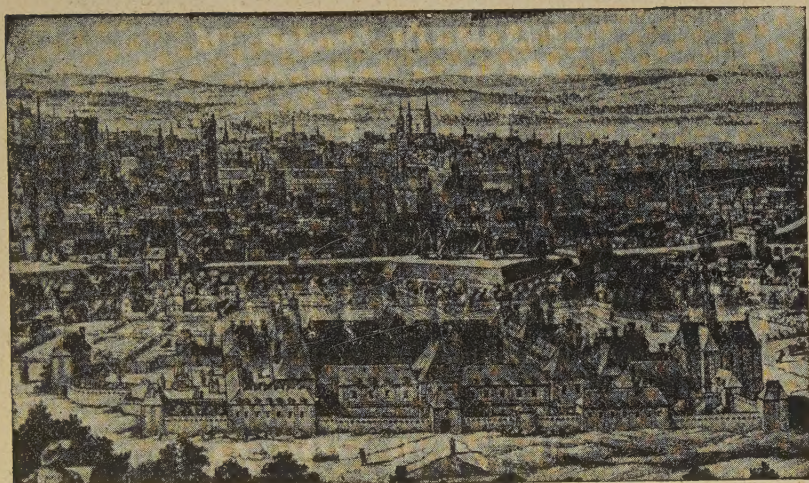
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger BEAUFILS

Né à Clamecy (Nièvre), le 11 mars 1883



LES GOMMES SYPHILITIKES

du Corps Thyroïde



Président : M. E. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
	LANDOUZY
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENOHMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTNER	ZIMMERN
GREGOIRE	LENEBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance et de mon
affection.*

A LA MÉMOIRE DE MA BONNE GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Président de l'Association Générale des médecins
de France

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

AVANT-PROPOS

C'est à notre ami, M. le Dr Druelle, ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Paris, que revient l'idée première de ce travail. Nous tenons à lui témoigner ici notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté, et nous lui exprimons particulièrement notre vive gratitude pour son obligeance à nous procurer les documents, grâce auxquels nous avons pu entreprendre notre thèse.

M. le Professeur Gaucher nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse, un honneur dont nous connaissons tout le prix ; nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir bien voulu mettre notre modeste travail sous l'autorité de son nom.

LES
GOMMES SYPHILITQUES
DU
CORPS THYROÏDE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le premier ouvrage où il soit fait mention de la syphilis du corps thyroïde est le *Traité historique et pratique de la syphilis* de E. Lancereaux, paru en 1873. Nous y lisons : « L'altération du corps thyroïde se rencontre dans plusieurs de nos observations. Une augmentation très manifeste de volume et le plus souvent généralisée, une consistance plus ou moins ferme, avec coloration jaunâtre par places ; tel est l'aspect sous lequel s'est montré cet organe, à la simple vue.

L'examen microscopique nous a révélé l'accroissement en nombre des éléments glandulaires, et, dans quelques cas, leur métamorphose graisseuse plus ou moins complète.

Le corps thyroïde n'est pas moins fréquemment

volumineux chez les femmes qui sont atteintes de syphilis ancienne ».

En 1883, le professeur Pierre Marie, dans sa thèse de Paris, à propos de deux observations de maladies de Basedow, apparues chez des syphilitiques, se demande s'il n'y aurait pas un rapport entre les deux affections. L'auteur conclut que la syphilis n'agit que « *comme une cause d'ébranlement pour l'organisme entier.* »

Dans les traités classiques, qui sont à peu près muets sur la question, les auteurs se bornent à relater que *Demme* aurait trouvé trois fois, à l'autopsie de nouveau-nés atteints de syphilis viscérale, des *gommes* de la glande thyroïde.

Ces gommes, à contours bien limités, d'une coloration gris-jaunâtre ou rosée, avaient des dimensions variant d'un grain de mil à un pois ; leur structure rappelait, à l'examen microscopique, celle des gommes du foie.

Mauriac, puis Jullien, en 1886 (Baillière et C^{ie}) disaient :

« Le corps thyroïde échappe souvent au processus syphilitique, mais il est bien avéré qu'il présente parfois une tuméfaction temporaire des plus accusées. On l'a vu devenir le siège d'un véritable *goitre syphilitique*, durant plusieurs semaines et offrant un volume assez considérable pour comprimer le larynx et produire la gêne de la respiration et la raucité de la voix. »

En 1887, Frænkel confirmait ces données, en

admettant toutefois une plus grande diffusion des lésions dans le parenchyme de l'organe.

A une époque plus rapprochée, Léon Bérard (*Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, fasc. 20, 1908, p. 118 et suiv.) dit :

« On a englobé sous l'appellation commune de *goitre syphilitique*, plusieurs lésions, entre autres certaines *hypertrophies définitives*, créées de toutes pièces, en apparence, par la vérole, avec des lésions d'endarterite et de périartérite, et pouvant contenir de *véritables gommes*...

...Sur les trois observations de Mendel, intitulées *Goitres syphilitiques*, il n'en est qu'une seule qui se rapporte manifestement à une syphilis tertiaire gommeuse; elle a du reste été identifiée par l'examen microscopique...

...Les caractéristiques de la thyroïdite tertiaire gommeuse sont les suivantes; elle apparaît presque toujours chez des femmes atteintes d'un petit goitre. Elle détermine une hypertrophie et une induration de la glande en masse, avec une production de petits nodules plus résistants, enchâssés dans le parenchyme. Cette consistance indurée de la glande, en même temps que l'accroissement parfois rapide du volume de la thyroïde, la dyspnée et dysphagie qui en résultent, rendraient le diagnostic très difficile avec le cancer, si l'absence de ganglions et des adhérences aux organes voisins, ne distinguait habituellement la néoplasie syphilitique ».

En 1909, Ribadeau-Dumas écrit dans *le Précis de*

Syphiligraphie du professeur Gaucher, *Syphilis des viscères*, sous la rubrique : *Syphilis du corps thyroïde*, les lignes suivantes :

« La syphilis peut porter ses atteintes sur le corps thyroïde à différents stades :

La glande acquiert parfois, au cours de la syphilis *secondaire*, un volume considérable.

A la période *tertiaire*, ces altérations se présentent sous diverses formes : *thyroïdite interstitielle* ou *gomme*, et *dégénérescence scléro-gommeuse*.

Mais les lésions spécifiques du corps thyroïde sont *exceptionnelles*. Les auteurs allemands reconnaissent généralement à la glande une sorte d'immunité vis-à-vis du virus syphilitique qui, pour Ewald, s'expliquerait par *sa forte teneur en iode et peut-être, pourrait-on ajouter, en arsenic.* »

Le sexe féminin est plus souvent frappé que le sexe masculin. D'après Mendel, ce fait doit être rapproché de la fréquence du goître chez la femme, ce qui créerait une sorte de susceptibilité de la thyroïde vis-à-vis de l'infection.

Le Livre des tumeurs de Virchow ne la mentionne pas. Wagner, dans son travail sur *le Syphilome*, dit l'avoir constatée, sans plus de détails. Orth insiste sur son extrême rareté. Wœlfler rappelle ce cas dans lequel la thyroïde d'un syphilitique renfermait *une masse caséuse grosse comme le poing*, mais, l'examen histologique manque.

Plus récemment, des observations précises ont

permis une étude de la syphilis tertiaire du corps thyroïde sur des bases à la fois cliniques et anatomiques.

CHAPITRE II

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les documents sont relativement rares qui concernent la syphilis thyroïdienne au point de vue histo-pathologique, d'autant plus que les traités classiques sont à peu près muets sur la question.

Nous avons déjà signalé (chapitre 1^{er}), que Demme avait trouvé, à l'autopsie de trois nouveau-nés atteints de syphilis viscérale, des *gommes de la thyroïde*, à contours bien limités, de dimensions variant d'un grain de mil à celui d'un pois, et offrant à l'examen microscopique, une structure *analogue à celles des gommes du foie*.

En 1899, Garnier (*la Glande thyroïde dans les maladies infectieuses*, thèse de Paris) étudie les altérations thyroïdiennes de cinq mort-nés hérédosyphilitiques, et constate chez quatre d'entre eux, des lésions interstitielles (bandes conjonctives néoformées, trainées de sclérose), et parenchymateuses (vésicules atrophiées ou élargies, desquamation des cellules épithéliales dans la lumière).

Lancereaux avait déjà noté, à l'autopsie des syphi-

litiques tertiaires, des modifications de la glande thyroïde, qui apparaissait *plus pâle, plus petite, et plus ferme* et où l'examen histologique révélait, à côté de zones peu altérées, de larges bandes de tissu fibreux qui tendaient, par places, à étouffer les vésicules.

La *gomme pure* du corps thyroïde est rare ; pour l'observation de Fränkel, en 1887 (*Deutsch. Med. Woch. Uber trachéal und Schilddrüsen. syph.*) est franchement caractéristique :

Chez une femme de quarante et un ans, présentant des lésions gommeuses de la trachée, cet auteur a trouvé, aux environs de l'isthme, et dans le lobe droit de la glande, une masse gris-jaunâtre, ayant une hauteur de 2 centimètres, une largeur de 2 cm.5, et une épaisseur de 1 centimètre, et se délimitant assez mal des régions voisines. Cette masse était constituée par un nombre considérable de cellules rondes, sans cellules géantes, et n'ayant qu'une médiocre tendance à la dégénérescence caséuse. Les auteurs allemands attachent à ce fait une grosse importance pour le diagnostic de la gomme syphilitique et du nodule tuberculeux, plus commun, et dans lequel la caséification existe toujours, même dans les productions miliaires.

Mais la différenciation n'est pas toujours facile, malgré l'examen histologique.

Il ne faut pas non plus confondre avec les gommés certains amas de cellules lymphoïdes, ou certains nodules inflammatoires qu'on rencontre quelquefois

dans la thyroïde en voie d'atrophie des myxœdémateux, et qui n'ont aucune tendance à la diffusion, ni aucun caractère spécifique (Ribadeau-Dumas, *in loc. cit.*).

En mai 1913, MM. Favre et Savy relatent (dans le *Lyon Chirurgical*, t. IX, n° 5, p. 511) l'examen histologique, pratiqué par eux, de la tumeur thyroïdienne, enlevée par le Dr Leriche à la malade dont il est question dans notre observation II. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter fidèlement la description que les auteurs donnent de cette pièce, description absolument typique.

« A l'examen macroscopique, on remarque que le tissu glandulaire, enfermé dans une coque très dure, présente une dizaine de gommes crues, non ramollies, dont le volume varie entre celui d'un grain de blé et celui d'une noix, et qui tranchent, par leur teinte jaunâtre, sur le parenchyme fortement sclérosé.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Elles sont caractérisées par :

1° *L'altération inflammatoire du tissu interstitiel qui est infiltré de petites cellules rondes et qui présente, par places, des travées scléreuses ;*

2° *Des modifications des vésicules thyroïdiennes : les cellules de la paroi se tuméfient, se multiplient, et tendent à envahir la lumière, en refoulant la substance colloïde.*

3° *L'apparition d'éléments dits spécifiques, nodules épithélioïdes, formations gommeuses, cellules géantes* (cellules de Langhans), analogues à celles qu'on rencontre dans les altérations tuberculeuses de la glande thyroïde.

A propos de ces cellules géantes, les auteurs disent :

« Toute participation de l'élément noble du parenchyme thyroïdien à l'édification de cellules géantes nous paraît devoir être ici écartée, mais il se peut, ainsi que nous l'avons vu, que la prolifération et la desquamation de l'épithélium de revêtement réalise, au sein de la substance colloïde, et par la disposition circulaire de ses éléments nucléés, de *pseudo-cellules géantes*. »

Et les auteurs de conclure :

« A comparer les résultats histologiques obtenus par l'étude de ce cas de syphilis de la glande thyroïde avec ceux que l'on peut constater dans la tuberculose de ce même organe, il résulte que les lésions microscopiques *sont les mêmes*, dans l'une et l'autre de ces affections. A vrai dire, les formations gommeuses, qui sembleraient, lorsqu'elles existent, devoir éclairer le diagnostic histologique, n'apparaissent pas toujours, lorsqu'elles sont de volume réduit, tellement caractéristiques, que l'on ne puisse hésiter entre elles et les zones de caséification tuberculeuse. »

» Aussi bien, en l'absence de gommes, l'infiltration inflammatoire diffuse du tissu thyroïdien, les amas

nodulaires d'éléments épithélioïdes, l'apparition de cellules géantes de Langhans typiques au sein du stroma interstitiel, les modifications secondaires et plus banales que subit l'épithélium vésiculaire, toutes ces particularités histologiques *se rencontrent dans la tuberculose mais aussi dans la syphilis*. L'un de nous a déjà insisté sur l'analogie fréquente et complète de ces deux processus dans leurs manifestations cutanées et viscérales. Cette similitude d'altérations se retrouve au niveau de la glande thyroïde, et, dès lors, l'affirmation de la nature exacte de la lésion ne paraît pas devoir être subordonnée au critérium histologique. »

L'histo-pathologie des lésions gommeuses spécifiques tertiaires du corps thyroïde est donc insuffisante à elle seule, pour permettre un diagnostic certain avec les lésions tuberculeuses de cette glande : nous verrons plus loin que souvent la clinique, elle aussi, est impuissante à différencier les deux affections.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Nous avons pu recueillir, dans la littérature médicale, la relation de 4 cas de thyroïdite tertiaire gommeuse, et nous devons, d'autre part, à l'obligeance de notre ami, M. le Dr Druelle, une observation très détaillée et fort intéressante d'une gomme phagédénique du corps thyroïde.

Nous commencerons par rapporter ces observations, et nous essaierons ensuite de faire, d'après elles, l'étude clinique des lésions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Druelle, ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris).

Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire.

— *Gommes phagédéniques du corps thyroïde,*

M^{me} X... (Jeanne), âgée de vingt-neuf ans, vient consulter le Dr Druelle le 6 octobre 1909.

Cette malade est une hérédo-syphilitique tertiaire certaine. Elle sait que son père, mort il y a quelques années, a eu la syphilis.

Elle présente des dystrophies dentaires : les incisives inférieures sont amincies et crénelées. Les incisives supérieures médianes sont écartées l'une de l'autre, et présentent sur leur bord libre une échancrure à concavité inférieure.

D'autre part, il existe de l'ozène assez accentué. La malade dit que cette odeur ozéneuse existe depuis son enfance. A l'âge de cinq ans, elle a eu, en effet, une affection du nez qui a duré plusieurs mois, et à la suite de laquelle il s'est

développé une perforation de la cloison nasale. L'examen du nez montre actuellement une large perforation de la partie inférieure de la cloison et permet en même temps de constater un léger ensellement de la racine du nez.

La malade s'est mariée il y a cinq ans. Peu de temps après son mariage elle a eu un chancre de la vulve, suivi de roséole. Cette syphilis acquise a été traitée, à son début, par plusieurs séries d'injections de biiodure de mercure.

Comme on le voit par l'histoire de notre malade, il s'agit très nettement d'une syphilitique héréditaire qui a été atteinte, dans son enfance, de lésions tertiaires du nez, ayant abouti à la perforation de la cloison nasale, et qui, d'autre part, a contracté à l'âge de vingt-quatre ans, une syphilis acquise d'origine conjugale.

Cette syphilis était restée silencieuse depuis plusieurs années, et la malade, devenue deux fois enceinte, avait accouché, dans des conditions normales, de deux petites filles que nous n'avons pas examinées, mais qui paraissent ne pas avoir présenté d'accidents de syphilis héréditaire.

Il y a neuf mois environ, la malade s'aperçut du développement d'une petite grosseur nodulaire sous le sein droit et constata l'existence d'une lésion semblable sur le milieu du dos. Elle prit alors des pilules de protoiodure de mercure et de l'iodure de potassium, et ces lésions guérirent rapidement. Il s'agissait de gommes cutanées qui ne s'ulcérèrent pas et dont on ne peut actuellement retrouver la trace.

Histoire de l'affection actuelle. — Il y a deux mois, la malade s'est aperçue d'une tuméfaction développée à la partie moyenne du cou. Cette tuméfaction se produisit rapidement, sans fièvre, et avec des douleurs locales modérées. Environ vingt jours après son début, elle se composait d'une partie médiane, située à quelques centimètres au-dessous de la pomme d'Adam, dit la malade, et de deux parties latérales se dirigeant vers les faces latérales du cou. Le tout formait une masse unique et il n'existait point de démarcation entre la partie médiane et les parties latérales de cette tuméfaction.

Quand cette dernière fut complètement développée, elle formait une forte saillie sur le cou. Il se produisit alors des troubles dyspnéiques, caractérisés par des accès d'étouffement et des quintes de toux : ces symptômes se reproduisaient fréquemment le jour et la nuit.

Un médecin consulté à ce moment, fit le diagnostic de goitre exophtalmique et ne prescrivit qu'un médicament anti-nerveux, probablement du valérianate d'ammoniaque.

La tuméfaction du cou augmenta encore de volume, et la malade s'aperçut qu'elle se ramollissait. Un autre médecin fut alors consulté et prescrivit des pilules de sublimé que la malade prend depuis deux semaines environ.

Il y a huit jours, la tuméfaction cervicale s'est ouverte spontanément, en laissant écouler une quantité abondante de liquide jaunâtre. Cette ouverture s'est faite par deux orifices, situés de chaque côté de la ligne médiane, et ces deux orifices se sont rapidement agrandis. Une amélioration notable des troubles dyspnéiques s'est produite à la suite de cette ouverture de la tuméfaction.

6 octobre 1909. — *État actuel.* — La partie moyenne du cou est, dans son ensemble, tuméfiée et augmentée de volume,

mais on n'y retrouve plus les saillies de la tumeur décrites plus haut d'après les indications de la malade : ces saillies se sont effacées depuis l'ouverture de la tumeur. Sur cette partie médiane du cou, on voit une cavité largement béante. Cette cavité a sa limite supérieure au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde et a une dimension verticale de deux à trois travers de doigt environ : elle s'étend de chaque côté de la ligne médiane, sur une largeur de deux travers de doigt.

La partie moyenne du cou est donc en quelque sorte évidée. Sur la ligne médiane, il reste pourtant une languette de peau non détruite d'environ un centimètre de largeur qui forme comme un pont au-dessus de la cavité ci-dessus décrite.

Quand la malade se présente à notre examen, elle a bourré cette cavité avec des mèches de gaze stérilisée. Nous retirons cette dernière, et il s'écoule de suite une grande quantité de pus.

Dans le fond de la cavité, vers la ligne médiane, on aperçoit alors des formations annulaires, qui sont des anneaux de la trachée. On ne peut voir la limite inférieure de la cavité, et par prudence, nous ne l'explorons pas au stylet.

La peau est amincie et décollée sur les bords de la cavité. Sous ces bords, et quand on les soulève un peu, on peut apercevoir les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, reconnaissables à leur direction.

Cette cavité, nous l'avons dit, secrète en grande abondance un liquide purulent, mais les pansements n'ont jamais été tachés de sang. Il n'y a donc pas d'ulcération vasculaire.

En contraste avec cette lésion phagédénique, et térébrante

de la région cervicale, il n'existe pour ainsi dire aucun trouble fonctionnel ou général.

Le cou actuellement est à peine douloureux spontanément, il ne l'est guère plus à la palpation ; ses mouvements sont peu gênés. Les phénomènes dyspnéiques notés plus haut s'améliorent de jour en jour depuis l'ouverture de la tumeur et actuellement la malade n'a plus que de rares moments où la respiration est troublée légèrement ; la toux quinteuse est presque disparue.

L'état général est satisfaisant, la malade s'alimente suffisamment, mais elle a légèrement maigri.

Le cœur, les réflexes sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Comme traitement nous prescrivons des injections de benzoate de mercure à la dose de 2 centigrammes par jour, et de l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Continuer à panser la lésion avec des mèches de gaze stérilisée.

17 octobre 1909. — Nous revoyons la malade, après dix injections de benzoate de mercure, qui ont été très bien supportées.

La lésion est très nettement améliorée ; la cavité cervicale tend à se rétrécir, et sur ses parois latérales, la peau qui était décollée tend à se fusionner avec les plans profonds.

3 novembre 1909. — La malade a fait 25 injections de benzoate de mercure.

La lésion du cou s'est rapidement et régulièrement améliorée depuis notre dernier examen. Elle s'est comblée sur les parties latérales, où la peau s'est accolée aux parties profondes. Actuellement il existe encore à la partie médiane du cou une cavité grande comme une noix, dont le fond est

recouvert de bourgeons rougeâtres. L'orifice de cette cavité est encore divisé en deux par la bande verticale de peau restée saine, que nous avons notée au premier examen de la malade.

6 décembre 1909. — Depuis que nous l'avons vue, la malade a encore continué les injections de benzoate de mercure pendant dix jours, et il a été fait ainsi une série de 35 injections qui ont toujours été bien supportées. Arrêt de dix jours, puis nouvelle série de 10 injections.

Actuellement, la malade est presque guérie. La cavité ulcéreuse cervicale est complètement comblée. Il ne persiste au niveau du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée qu'une ulcération superficielle, plus grande qu'une pièce de 2 francs. A la partie médiane cette ulcération est recouverte par le pont cutané demeuré intact, signalé plus haut, et qui adhère à la profondeur.

10 mars 1910. — Nous revoyons la malade qui ne présente plus, sur la partie moyenne de la face antérieure du cou, et sur les parties voisines des faces latérales, qu'une cicatrice assez régulière, mais profondément déprimée et dont le centre présente une tendance chéloïdienne.

Sur nos indications, il avait été pratiqué, en décembre 1909, janvier et février 1910, une série de 10 injections de benzoate de mercure, et chaque mois la malade avait pris ensuite de l'iodure de potassium pendant dix jours.

L'état général est excellent, et il n'existe aucune gêne de la fonction respiratoire.

Réflexions. — 1^o Nous signalerons tout d'abord l'intérêt qui se dégage de ce fait que notre malade, hérédosyphilitique tertiaire indubitable, a néanmoins contracté une

syphilis d'origine conjugale. Le professeur Gaucher a toujours insisté, dans son enseignement, sur la fréquence de la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques, et cette notion est classique depuis ses travaux et ceux que ses élèves ont publiés sur ce point (Rostaine, thèse de Paris, 1904). Il est banal d'observer une syphilis acquise chez des hérédosyphilitiques quintaires, c'est-à-dire chez des hérédosyphilitiques dystrophiques. Mais il est beaucoup plus rare de voir un hérédosyphilitique ayant présenté précocement ou tardivement des lésions de tertiarisme, contracter, par la suite, la syphilis. Bien que le fait ne soit pas exceptionnel, il est pourtant assez peu fréquent pour que nous le mettions en relief à propos de l'observation de notre malade qui eut, vers l'âge de cinq ans, des lésions hérédotertiaires du nez, à la suite desquelles il persiste une perforation de la cloison nasale, ce qui ne la mit pas à l'abri d'une syphilis acquise qu'elle contracta à l'âge de vingt-quatre ans.

2° Les lésions du cou, en présence desquelles nous nous sommes trouvé, avaient un siège thyroïdien évident. Nous n'avons pu observer la malade au moment où elle était encore à la période de tuméfaction de sa lésion, mais d'après la description qu'elle nous en a faite, il n'est point douteux que cette tuméfaction siégeait sur le corps thyroïde : comme ce dernier, la tumeur présentait, en effet, une partie médiane et deux parties latérales qui soulevaient la région cervicale moyenne, toutes ces parties étant réunies les unes aux autres, sans démarcation aucune.

Quand nous vîmes la malade, après ouverture spontanée de cette tumeur, il existait, nous l'avons dit, une vaste

cavité de la partie moyenne de la région cervicale, qui correspondait à la loge thyroïdienne.

Du reste, un médecin consulté au début de l'affection, n'avait-il pas cru se trouver en présence d'un goitre exophtalmique ?

3° Ces lésions syphilitiques du corps thyroïde étaient de nature gommeuse, comme le montre l'histoire de leur évolution.

Nous les avons désignées sous le nom de *gommes phagédéniques du corps thyroïde* et nous croyons cette appellation tout à fait justifiée par l'aspect de la lésion, véritable caverne de la région cervicale, qui représentait toute la loge thyroïdienne, et qui avait succédé rapidement à une néoformation gommeuse diffuse de toutes les diverses parties constituant le corps thyroïde.

4° Ce dernier organe a dû être détruit en grande partie par le processus syphilitique. Quelques mois après sa guérison, la malade ne présentait aucun signe d'insuffisance thyroïdienne : mais évidemment des réserves, sur ce sujet, sont à faire pour l'avenir.

5° Enfin, nous tenons à mettre en évidence l'action très rapide qu'eurent dans ce cas, les injections de benzoate de mercure, associées à l'iodure de potassium ; elles amenèrent, en peu de temps, la réparation et la guérison d'une vaste lésion syphilitique qui, en raison de son siège, pouvait faire craindre des complications redoutables.

OBSERVATION II

(Publiée par MM. Poncet et Leriche, dans
la Gazette des Hôpitaux, n° 63 du 4 juin 1912, p. 945.)

Une femme de trente-huit ans, ménagère, entre dans notre clinique, le 19 janvier 1911, pour une tuméfaction du cou, accompagnée de raucité de la voix et d'une dyspnée progressive. Personnellement, elle a eu une excellente santé jusqu'à ces années dernières. Réglée à dix-neuf ans, toujours un peu irrégulièrement, elle n'a jamais été enceinte.

Elle prétend n'avoir pas eu la syphilis, et à un interrogatoire minutieux, on n'en trouve pas de traces jusqu'à l'année 1907. A cette époque, elle aurait eu une tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia qui fut rebelle à tout traitement, pendant dix-huit mois, jusqu'au jour où un traitement ioduré en eut rapidement raison.

Un an après, elle a dû être hospitalisée pour une crise de rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme syphilitique probablement).

Parfaitement remise de tous ces malaises, elle ressentit, il y a quatre à cinq mois, un peu de gêne au niveau de la région thyroïdienne. Elle n'avait pas eu de goître antérieurement, et n'en avait pas dans ses ascendants. Bientôt la tuméfaction du cou s'accroissant, elle commença à éprouver de la dyspnée, de la dysphagie ; puis sa voix changea de timbre et devint rauque.

Tout ceci s'aggrava de jour en jour, et c'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons une tuméfaction diffuse occupant la totalité du corps thyroïde, un peu plus développée cependant du côté droit. La masse forme un relief très prononcé sous les téguments. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'extrême dureté de la tumeur à la palpation ; on a l'impression que la glande thyroïde forme un bloc fibreux résistant, ayant la consistance d'un morceau de bois sous son écorce. Il s'agit, en somme, d'une *thyroïdite ligneuse*, encore localisée, mais commençant pourtant à diffuser, car les plans profonds des parties latérales du cou sont comme empâtés profondément et ont perdu leur souplesse.

Étant donné les antécédents, nous avons fait pratiquer des injections de biiodure de mercure, et bientôt la tuméfaction diminue, le cou s'assouplit, la dyspnée s'atténue. De par ce résultat de la thérapeutique spécifique, on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'une syphilis de la glande thyroïde, et la malade fut présentée comme telle à la Société Nationale de Médecine de Lyon (6 février 1911).

Il y avait lieu d'espérer une guérison complète.

Bientôt pourtant, il devint évident que le traitement suivi était insuffisant ; la régression des lésions marqua un temps d'arrêt, puis un peu plus tard, malgré la continuation de injections de biiodure, la dyspnée reparut, plus marquée que jamais, en même temps que le cou grossissait à nouveau et redevenait ligneux.

Neuf séances de radiothérapie n'eurent aucun effet favorable. Tout au contraire ; après la neuvième, la malade revint nous trouver parce que la lignosité avait augmenté, la peau

était violacée, sillonnée de veines traduisant la gêne de la circulation profonde. La dyspnée était intense, et la voix, éteinte, indiquait une compression récurrentielle. Des deux côtés du cou, on notait en plus une chaîne de petits ganglions douloureux.

A ce moment, le diagnostic de cancer ligneux paraissait très vraisemblable, et c'est en y songeant que, le 26 avril 1911, cette malade fut opérée.

L'intervention fut pratiquée par le D^r LERICHE, qui enleva la tumeur par énucléation massive. A noter, au cours de l'intervention, ce petit détail, que l'opérateur, au moment de la libération définitive, aperçut un petit prolongement « gros comme la tête d'une épingle » qui pénétrait dans la trachée, d'où il put être arraché très facilement. On verra plus loin l'importance de ce détail au point de vue de l'évolution ultérieure de la lésion.

Trois jours après l'intervention, la malade a retrouvé sa voix, et le 6 mai, elle quitte le service, complètement rétablie. L'examen histologique de la tumeur fut pratiqué, nous en reparlons d'autre part.

Le 1^{er} juin, elle revint; nous racontant que depuis le 28 mai, sa dyspnée s'était progressivement réinstallée. En effet, sa respiration était pénible; il y avait du tirage. Le cou était dur, ligneux, il présentait des veinosités superficielles. Le corps thyroïde paraissait moins gros qu'avant l'intervention, mais son volume était tel, pourtant, qu'on aurait dit n'avoir rien fait.

Le Professeur Collet, qui pratiqua l'examen laryngoscopique, déclare qu'au niveau de la partie supérieure du larynx, on voit nettement *un diaphragme fongueux qui diminue considérablement la lumière trachéale*.

La malade est alors soumise à un traitement mixte mercuriel et arsenical, car elle tolère mal l'iodure de potassium. Le 1^{er} octobre, la malade est guérie ; depuis, elle est en excellente santé et n'a pas eu le moindre trouble respiratoire ; elle continue cependant, de temps en temps, quelques cures mercurielles.

OBSERVATIONS III et IV

(Communiquées à la Société de Chirurgie. dans sa séance du 29 novembre 1911, par M. le Professeur agrégé Pierre Sébilleau, chirurgien de l'hôpital Lariboisière).

OBTERVATION III

En mai 1908, arrivait dans mon service une femme de vingt-neuf ans, qui était porteur d'une tumeur thyroïdienne. La consistance $\frac{3}{4}$ uniformément dure de cette tumeur, qui avait le volume d'une grosse orange, la manière dont elle paraissait se confondre avec l'appareil laryngo-trachéal, son enclavement dans le cou, la rapidité relative de son évolution, me firent porter le diagnostic de cancer du corps thyroïde. Elle avait d'ailleurs, en dehors de cela, la forme

extérieure et les caractères d'un goitre qui aurait envahi la totalité du parenchyme thyroïdien.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la patiente fut prise de troubles dyspnéiques ; elle se mit à corner et à tirer. Je décidai de tenter l'extirpation du néoplasme, mais je fis d'avance entrevoir à mes élèves la difficulté de l'acte opératoire, et ne leur cachai pas que je serais probablement obligé de m'en tenir, après avoir essayé l'énucléation de la tumeur ou la thyroïdectomie, à la simple ouverture des voies aériennes.

A peine eut-elle inhalé un peu de chloroforme, que la malade fut prise d'accidents dyspnéiques graves. Je dus me contenter de l'anesthésie locale par les injections superficielles et profondes de cocaïne. Il me fut absolument impossible de désenclaver la tumeur, elle était bloquée dans le cou. Je l'incisai donc par le milieu, dans le but d'arriver sur la trachée. Je traversai un tissu dur, scléreux, blanchâtre, assez hémorragique, que je pris pour du cancer. Les anneaux du tube respiratoire n'étaient pas reconnaissables, ils faisaient partie de la tumeur et étaient tout à fait dégénérés. Je plaçai dans la trachée une longue canule ; la tumeur avait une épaisseur de plusieurs centimètres et rendait ainsi le drainage aérien difficile.

Cela se passait dans le cours du mois de juillet. J'avais donné le cas à mes élèves comme un exemple de cancer thyroïdien, et retour de vacances, je ne doutais pas que la tumeur ne bourgeonnât déjà à l'extérieur du cou.

Entre temps, mon jeune collaborateur et ami, Lemaître, qui m'avait remplacé, surpris, au bout de quelques semaines, de voir l'évolution du processus subir un temps d'arrêt et

l'état de la patiente ne pas s'aggraver, eut l'idée de faire ce que nous faisons tous en présence d'un diagnostic incertain, il administra de l'iodure de potassium et du mercure.

En quelques jours, la guérison survint.

OBSERVATION IV

Quelques mois après, se présentait en mon absence à la consultation de Lariboisière, un homme porteur d'un goitre qu'on avait essayé sans résultat d'opérer en province. Cet homme avait des troubles dyspnéiques. L'examen trachéoscopique montrait le bourgeonnement de la tumeur thyroïdienne dans l'intérieur de la cavité respiratoire. Cette tumeur était, du reste, enclavée dans le cou, elle entourait la trachée, avec laquelle elle paraissait se confondre, et ressembler absolument à une tumeur maligne. Averti par le passé, Lemaître traita le patient par l'iodure de potassium et le mercure : il guérit en quelques semaines.

OBSERVATION V

(Publiée par le Dr Gabriel Coulon dans les *Annales des Maladies vénériennes*, année 1912. *Recueil de faits*, p. 200.)

Thyroïdite syphilitique tertiaire

L'accident spécifique thyroïdien dont il s'agit est survenu six ans après l'accident primitif ; qui lui-même se produisit

dans des conditions que je crois intéressantes à rapporter d'abord.

M^{me} B..., vingt-sept ans, couturière, a un bébé de onze mois qu'elle nourrit elle-même, et pour lequel elle me fait appeler dans les premiers jours de juin 1905, parce que, depuis une dizaine de jours, elle a constaté l'existence de boutons disséminés sur différents points de son corps.

Je constate en effet chez l'enfant une éruption papuleuse disséminée sur tout le corps ; mais mon attention est surtout attirée sur la verge, où se voit une ulcération rouge-jambon, arrondie, dont les bords ont une résistance élastique, laquelle ulcération n'est autre qu'un chancre syphilitique du fourreau, sur la face supérieure : petits ganglions en pléiade dans les aines, érythème papulo-ulcéreux abondant des deux fesses, en un mot une syphilis acquise évidente.

Comment cet enfant de onze mois a-t-il pu contracter un chancre du fourreau ? Impossible de le savoir exactement ; car la mère que je soigne depuis près de dix ans, n'a jamais présenté de symptômes spécifiques quelconques. Bien que nourrissant elle-même son enfant au sein, elle ne présentait, le 3 juin 1905, jour où j'ai vu le chancre de l'enfant, aucune lésion spécifique appréciable, malgré l'examen très minutieux auquel j'ai procédé sur elle, à sa demande. Quant au mari de M^{me} B..., que je n'ai pu voir que longtemps après, il présentait quand je pus l'examiner une roséole papuleuse indiscutable des plaques muqueuses de la langue et des lèvres. Il n'a aucun souvenir d'un accident primitif sur la verge et je n'en vis en effet, aucune trace appréciable ; il affirme énergiquement ne s'être aperçu des accidents qu'il présente, que récemment et seulement bien après l'apparition de l'ac-

cident de l'enfant. Bref, il m'est impossible, au milieu des suppositions variées des parents, de savoir où et comment la verge de cet enfant de onze mois a pu être contaminée. Par contre, M^{me} B..., me montra, le 17 juin 1905, c'est-à-dire douze jours après que j'avais vu le chancre de l'enfant, un chancre type, dur, sur son mamelon gauche, avec adénopathie sous-axillaire et roséole, céphalée, alopécie, etc... M^{me} B... avait donc été contaminée par son bébé, qu'elle allaitait.

Les trois malades furent mis immédiatement en traitement. Pour des raisons particulières, les piqûres ne furent pas acceptées. L'enfant prit du Van Swieten ; le père et la mère prirent chacun deux pilules de Dupuytren par jour (trois séries de quatre-vingt-dix jours chacune, séparées par un mois de repos). A part quelques accidents dyspeptiques et diarrhéiques sans grande importance, ils supportèrent bien ce traitement, et le firent très sérieusement : les accidents spécifiques diminuèrent assez rapidement.

L'année suivante (1906-1907), même traitement en trois périodes de quatre-vingt-dix jours. M^{me} B... n'a plus aucun accident apparent : seuls, ses cheveux continuent à tomber, mais beaucoup moins qu'au début. Elle a augmenté de poids et son état général est des plus satisfaisants. Le mari a eu de rares plaques muqueuses dans la bouche. Quant à l'enfant, sous l'influence du Van Swieten, il est très bien portant. La troisième année (1907-1908), trois séries de soixante jours de pilules, à deux par jour, soit 360 pilules. Dans l'intervalle de ces séries, je leur prescrivis, à tous deux, 2 grammes d'iodure de potassium par jour, pendant vingt jours consécutifs par mois. Malheureusement, tous deux eurent des accidents d'intolérance à l'iode, et ce traitement ioduré ne

fut pas régulièrement suivi. A vrai dire, ils l'abandonnèrent vite. Je n'avais revu ni l'un ni l'autre depuis plus d'un an, quand, à l'occasion d'une indisposition de son enfant, M^{me} B... jugea utile de me faire constater que, depuis environ deux mois, son cou grossissait au point d'en être gênée, le col de son corsage « l'étranglait ». Cette gêne était venue progressivement. A l'examen, l'augmentation de la région antérieure du cou est évidente, mais moins marquée à droite qu'à gauche. Le lobe gauche fait une saillie manifeste. La peau de la région, d'épaisseur normale, n'adhère pas aux tissus sous-jacents. Au palper, on trouve une tuméfaction dont le volume global est légèrement inférieur à celui d'une mandarine, donnant sur son pourtour la sensation semi-résistante du corps thyroïde ; mais, dans la portion qui se rapproche de la ligne médiane du cou, en avant, on sent une petite masse du volume d'une amande, qui prédomine sous la peau, laquelle glisse librement sur elle. Cette petite masse est plus résistante et quand on la presse entre les doigts, elle détermine une très légère douleur. Irrégulièrement arrondie sur son pourtour, elle paraît comme enfouie dans le reste de la tuméfaction. Elle est distante du milieu de l'os hyoïde de près de 2 centimètres. Du côté droit, le lobe du corps thyroïde, bien que sensiblement plus saillant qu'à l'état normal, est loin d'être aussi développé que le gauche et on n'y sent rien de comparable à la petite masse dont il vient d'être question. A droite comme à gauche, la tuméfaction suit tous les mouvements de la déglutition, et la petite masse dure est entraînée avec le reste. Il n'y a pas de souffle, pas de gêne respiratoire, en dehors des moments où le cou est trop serré par les vêtements.

Pas le moindre degré d'exophtalmie, pas de tachycardie, pas de tremblements. Au moment des règles, le cou est, paraît-il, plus fortement serré par les vêtements.

M^{me} B... est très affirmative sur ce fait que jamais, jusque-là, elle n'avait constaté d'augmentation de volume de sa glande thyroïde. Et moi-même, qui la soigne depuis sa jeunesse, je n'y ai jamais rien remarqué. Elle est née à Paris, et jamais aucun membre de sa famille n'a eu de goître. Elle n'a pas connu son père, sa mère est bien portante. Elle a eu, étant enfant, des crises gastralgiques, par faute d'alimentation, des trachéo-bronchites qui m'avaient, à un moment, inspiré des craintes à cause d'un état chlorotique qui dura quelque temps après sa puberté ; mais mes craintes n'étaient pas fondées, puisque sa santé s'était rétablie et qu'actuellement ses bronches paraissent tout à fait normales. Le fait que l'augmentation de volume de sa thyroïde est apparue environ six ans après le chancre syphilitique du mamelon, me fit pencher vers l'hypothèse d'un accident spécifique. Les caractères de la petite masse indurée, surgissant sans réaction appréciable, sans douleur vraie, au sein du lobe gauche le plus hypertrophié des deux, sa résistance, me rappelèrent le caractère d'une *gomme*. Sans être fréquentes, les lésions syphilitiques tertiaires du corps thyroïde sont cependant admises. Je rappelle que la malade, rassurée par la disparition de tous ses accidents spécifiques apparents, était restée deux ans, ou peu s'en faut, sans se soigner, et n'avait pris que très peu d'iodure. Je lui conseillai donc de faire à nouveau un traitement de ce genre, et elle prit résolument 2 grammes d'iodure par jour, sans se laisser

décourager par le larmoiement et le coryza, qui le lui avaient fait abandonner une première fois.

Au bout de six semaines, je constatai que, si la portion droite du corps thyroïde paraissait un peu moins volumineuse, si même la partie plus hypertrophiée de gauche avait aussi diminué, le résultat était néanmoins incomplet, et que l'on continuait à sentir la petite masse indurée comme une grosse noisette irrégulière ; dans les moments du rire, dans les mouvements de la déglutition ou au cours d'un effort, elle faisait encore saillie d'une façon appréciable et la malade savait elle-même la trouver du bout de son doigt et me la faire sentir.

Elle prit alors, matin et soir, concurremment avec ses 2 grammes d'iodure par jour, une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten, car pour les mêmes raisons particulières qu'auparavant, elle n'acceptait pas les injections de benzoate de mercure. Le résultat ne se fit pas attendre très longtemps, car un mois après le début de ce traitement mercuriel (alors que six semaines de traitement ioduré seul n'avaient donné qu'un résultat très minime), la tuméfaction thyroïdienne, dans son ensemble, avait considérablement diminué. Du côté droit, c'est à peine si elle est appréciable, et la saillie du sterno-mastoïdien, qu'on ne voyait plus, réapparaît nettement. Du côté gauche, il y a encore de la tuméfaction, surtout dans la partie la plus interne où se sentait la proéminence dont il a été question, mais elle semble se fondre insensiblement avec le reste du corps thyroïde. Cependant, le lobe gauche est encore plus gros qu'à l'état normal, bien qu'il n'y ait plus la moindre constriction du cou dans les mêmes vêtements qui gênaient tant la

malade, il y a deux mois. Aussi trouve-t-elle, à la date du 19 novembre 1911, une amélioration considérable, et accepte-t-elle volontiers de continuer le traitement qu'elle supporte sans inconvénient depuis, dit-elle, qu'elle a imaginé de prendre sa cuillerée de Van Swieten dans du vin, au cours de ses repas, façon de faire qui enlevait au médicament la saveur pénible qui la rebutait au début.

10 décembre 1911. — La malade vient me faire constater que son cou est revenu absolument à l'état normal. Il n'y a plus, en effet, aucune tuméfaction appréciable.

Il semble donc bien que les lésions thyroïdiennes, cause de la déformation, étaient bien de nature syphilitique, car c'est bien nettement sous l'influence du traitement mercuriel que l'amélioration s'est produite. Tant que la malade s'est bornée à prendre de l'iodure de potassium seul (et ce médicament a cependant, à lui seul, une action bien connue sur les affections non syphilitiques du corps thyroïde), l'affection ne s'est pour ainsi dire pas modifiée. Au contraire, dès qu'elle a consenti à faire un traitement mercuriel régulier, l'amélioration s'est produite presque tout de suite, et en matière de syphilis surtout, le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*, a gardé toute sa valeur.

Un fait important se dégage d'abord de ces observations : *Quatre fois, sur cinq cas, le malade est une femme* ; le sexe féminin est plus souvent frappé que le sexe masculin.

A quoi faut-il attribuer ceci ? Devons-nous admettre, avec *Mendel*, que ce fait doit être rapproché de

la fréquence du goitre chez les femmes, ce qui créerait une sorte de susceptibilité de la glande thyroïde, vis-à-vis de l'infection ? Cela est bien probable, mais nous devons, sans conclure, nous borner à constater le fait.

Le symptôme capital de la thyroïdite tertiaire gommeuse, c'est la *tuméfaction*. Toujours il y a augmentation de volume de la glande, et, le plus habituellement, le malade s'aperçoit, d'abord, qu'il est *géné dans le col de ses vêtements*. Cette tuméfaction, qui peut varier du volume d'une noisette à celui d'une grosse orange, n'occupe parfois qu'un lobe de la glande, ou, d'autres fois, au contraire, envahit toute la glande, en masse, suivant que la néo-formation gommeuse évolue, ou non, dans la totalité du parenchyme glandulaire.

La tumeur, quel que soit son volume, est toujours *dure*, surtout au début, et, ceci à un tel point que, comme dans le cas de PONCET et LERICHE, cette dureté peut en imposer pour du cancer. L'évolution montre que la tumeur, lorsqu'un traitement n'intervient pas, se *ramollit*, de plus en plus. La gomme s'ouvre spontanément, se vide, donnant issue à un liquide franchement purulent. Les gommés thyroïdiennes se comportent donc, au point de vue de leur évolution, exactement comme toutes les gommés syphilitiques, cutanées ou viscérales.

A noter que ces gommés se développent habituellement *sans douleur* ; à peine, dans certains cas

la palpation profonde provoque-t-elle une légère douleur.

Le plus souvent, il n'y a pas d'adénopathie de la région.

Il est bien évident que, si la tumeur conserve des dimensions relativement petites, elle n'entraîne en rien l'altération du fonctionnement des organes voisins. Mais si, au contraire, son volume augmente, et *ceci toujours rapidement*, il arrive un moment où l'organe, de par ses dimensions, devient une gêne pour le voisinage, et particulièrement pour le larynx. La trachée est comprimée, et, par suite, de cette compression, apparaît bientôt un nouveau symptôme : la *dyspnée*. Il est à remarquer que ce symptôme inquiète davantage les malades, et c'est généralement à propos de son apparition qu'ils sollicitent un examen médical. Et, si le volume de la tuméfaction thyroïdienne est considérable, les troubles dyspnéiques peuvent devenir plus graves. SÉBILEAU dit qu'un de ses malades avait du *tirage* et du *cornage*.

Si la tumeur remonte très haut, on peut observer également de la *dysphagie*, mais ce symptôme est plus rare, car, le plus habituellement, une thérapeutique active intervient, pour limiter l'extension du processus, avant qu'il ait eu le temps de s'installer.

Il est intéressant de remarquer que, même dans les cas qui aboutissent à une fonte plus ou moins complète du parenchyme glandulaire, on *n'observe pas*, habituellement, de symptômes *d'insuffisance thyroïdienne*. Nous ne pouvons cependant en rien

préjuger de l'avenir, sur ce point spécial, et nous faisons toutes réserves.

Reste à faire le diagnostic avec le goitre. Nous avons vu qu'en effet, ce diagnostic est souvent porté en présence de lésions syphilitiques gommeuses thyroïdiennes. La tuméfaction et ses conséquences, dyspnée, dysphagie, voire même dysphonie, l'absence de douleurs et d'adénopathie sont des symptômes communs au goitre et à la syphilis tertiaire gommeuse du corps thyroïde. La dureté ligneuse, qui ne manque jamais au début de l'affection, peut faire songer au cancer. Les lésions tuberculeuses de la glande thyroïde ont aussi une évolution parallèle, une symptomatologie à peu près identique.

Il est donc malaisé d'être affirmatif. Ce sont les recherches de laboratoire, telles que le séro-diagnostic tuberculeux, et la réaction de Wassermann, qui permettront de mieux préciser. Les manifestations cliniques concomitantes, les antécédents pathologiques et enfin l'influence rapide du traitement anti-syphilitique permettront, dans la plupart des cas, de différencier les affections.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous avons vu, dans l'observation V que, malgré un traitement ioduré des plus sévèrement appliqué, la tuméfaction thyroïdienne n'a pas été sensiblement influencée, dans son volume, et que la lésion a continué à évoluer. L'iodure de potassium seul est donc insuffisant ; du reste cette notion est classique.

Nous avons vu également, d'autre part, que, dans un autre cas (obs. II), l'ablation de la tumeur thyroïdienne a été inutile, puisque, peu de temps après l'intervention, la lésion récidivait, dans la portion de la glande demeurée intacte.

Au contraire, par l'emploi judicieux d'une thérapeutique antisypilitique rationnelle, en l'espèce : *injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure*, concurremment avec *l'ingestion journalière de 4 grammes d'iodure de potassium*, le Dr Druelle a pu assister à la réparation extrêmement rapide et définitive d'une vaste lésion de la glande thyroïde, et à la cicatrisation d'une large ulcè-

ration phagédénique de la face antérieure du cou.

Il en a été de même, chaque fois que les auteurs ont eu l'idée d'associer le traitement mercuriel au traitement ioduré.

En présence de toute tuméfaction du corps thyroïde, chaque fois que l'origine syphilitique pourra être soupçonnée, chez le malade ou dans ses antécédents, il conviendra donc d'instituer, d'emblée, une thérapeutique, basée sur l'emploi simultané du mercure, en injections solubles, de préférence, et de l'iodure de potassium.

CONCLUSIONS

1° Les gommes du corps thyroïde, qu'elles proviennent d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise, sont rares.

2° *Cliniquement*, elles se manifestent par une *tuméfaction* de la glande, en masse, ou limitée, d'une *dureté ligneuse*, au moins au début ; les *troubles dyspnéiques* et la *dysphagie* accompagnent le plus souvent cette tuméfaction, quand elle n'aboutit pas au *ramollissement* et à la *suppuration*.

3° *Macroscopiquement*, les gommes, disséminées dans le parenchyme glandulaire, revêtent l'aspect de *nodules jaunâtres*. *Microscopiquement*, les altérations du tissu thyroïdien simulent les lésions tuberculeuses de cette glande, avec infiltration de cellules rondes, modification des vésicules, et production de cellules géantes.

4° Le *diagnostic* avec le goître ligneux et la thyroïdite tuberculeuse ne peut être fait que par les antécédents et les commémoratifs. La rapidité relative de l'apparition, puis de l'évolution de la tuméfaction sont également des facteurs à ne pas négliger.

Enfin, le séro-diagnostic tuberculeux et la réaction de Wassermann peuvent trancher la question.

5° En présence de toute tuméfaction du corps thyroïde, dès que l'on soupçonne l'existence d'une syphilis acquise ou héréditaire, on doit, *d'emblée*, instituer un traitement anti-syphilitique, sous la forme d'injections de *benzoate de mercure*, qui a, vis-à-vis de ces lésions, une action rapide et sûre, et prescrire concurremment un traitement ioduré.

La guérison ne se fait généralement pas attendre.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Lévy-Frænkel.* — Des syndromes basedowiens apparaissant au cours de la syphilis (Annales des maladies vénériennes, juin 1911, p. 413).
- Schuster.* — Uber zwei alle von strumitis auf luetischer Basis (Wiener Klinische Rundschau, 1911, nos 26-20).
- Davis.* — Syphilis de la glande thyroïde (The Archives of internal Medicine. Chicago, 15 janvier 1910, p. 47).
- Mendel.* — Die syphilis der schilddrüse (Medizinische Klinik, 1906, n° 32, p. 833).
- Mendel.* — Die syphilis der schilddrüse (Kongress von innere Medicin. in München, 23-28 avril 1906).
- Rosenbauer.* — Uber syphilis der Schilddrüse. Thèse de Leipzig, 1909.
- Poncet et Leriche.* — Syphilis du corps thyroïde (Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1912, séance du 29 mai, p. 783).
- Gazette des Hôpitaux, 1912, p. 945.
- Favre et Savy.* — Syphilis thyroïdienne. Ses analogies histologiques avec la tuberculose (Lyon chirurgical, t. IX, n° 5, 1^{er} mai 1913, p. 511).
- Lancereaux.* — Traité histologique et pratique de la syphilis. Paris, 1873.
- Mauriac.* — Syphilis primitive et syphilis secondaire, 1890.
- Jullier.* — Traité pratique des maladies vénériennes, p. 642.
- Garnier.* — La Glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1899.

Ribadeau-Dumas. — Syphilis des viscères, in Précis de Syphiligraphie du professeur E. Gaucher, p. 200.

Pierre-Marie (professeur). — Thèse de Paris, 1882-1883.

Barié. — Société médicale des Hôpitaux, 1888, p. 501.

Sébileau (Pierre). — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1911, p. 1305.

Rostaine. — Thèse de Paris, 1904.

Fränkel. — Deutsch. Med. Woch. Über tracheal und Schilddrüsen Syph., 14 novembre 1898.



0.75